OBSERVATIONS

RELATIVES

A DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

EMPLOYÉS CONTRE LES TUMEURS ÉRECTILES;

PAR F. LALLEMAND,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

(*Extrait des Archives générales de Médecine.*)

316188

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

OBSERVATIONS

RELATIVES A DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES EMPLOYÉS CONTRE LES TUMEURS ÉRECTILES.

Obs. I.re — *Tumeur érectile des gencives et de la mâchoire inférieure ; enlèvement du fongus et d'un segment osseux d'environ deux pouces de longueur ; conservation du bord inférieur du maxillaire.* — Beloux, Etienne, âgé de 9 ans, fort pour son âge et bien constitué, entra le 17 janvier 1833 à l'hôpital Saint-Eloi, pour une tumeur fongueuse développée dans la gencive de la mâchoire inférieure, depuis la dernière incisive droite jusqu'à la première grosse molaire gauche, avec perte de la petite molaire gauche, de la canine et des deux incisives du même côté. Cette tumeur, de deux pouces de long sur un pouce de hauteur et autant d'épaisseur, était indolente, d'un rouge violet, mamelonnée à sa surface, d'une consistance molle et comme fluctuante. La pression la plus légère l'affaissait et la faisait pâlir, mais elle reprenait aussitôt son volume et sa couleur. La portion de la lèvre inférieure qui correspondait à la partie moyenne de la tumeur, était d'un rouge violacé et parcourue par des vaisseaux très-développés et comme variqueux : cet état de la lèvre semblait le commencement d'une altération semblable à celle de la gencive correspondante.

Dans l'espace de deux ans on avait essayé trois fois de détruire cette affection par l'excision et la cautérisation ;

chaque fois elle avait repullulé avec plus d'activité : depuis quelques mois elle avait même fait des progrès rapides.

L'insuccès de ces opérations tentées avec timidité prouvait seulement la nécessité d'enlever la totalité du mal, si l'on voulait mettre le malade à l'abri de nouvelles récidives. Je pensai d'abord à pratiquer la résection de la partie de la mâchoire inférieure qui servait de base à ce fungus : mais une perte de substance d'environ deux pouces pratiquée sur un des côtés de la mâchoire eût entraîné une grande difformité et une gêne irréparable dans la mastication. Le bord inférieur de l'os paraissait parfaitement sain ; je pensai qu'il suffirait d'en laisser seulement deux ou trois lignes pour conserver à la face sa régularité et à la mâchoire ses fonctions.

Mais on devait s'attendre à un écoulement de sang abondant : il fallait enlever ou détruire tout ce qui était malade et conserver tout ce qui était sain ; il était donc indispensable de commencer par mettre largement à découvert toutes les parties sur lesquelles devait porter l'opération, afin qu'elle pût s'exécuter convenablement. C'est d'après ces idées que, le 25 janvier, je procédai de la manière suivante :

La face étant exposée à une vive lumière, je divisai la lèvre inférieure par une incision qui commençait à un demi-pouce de la commissure gauche, et s'étendait jusqu'au-dessous de la mâchoire. Je pratiquai ensuite une autre incision perpendiculairement à la première, près du bord inférieur de l'os maxillaire. Les deux lambeaux supérieurs de cette plaie cruciale furent disséqués et maintenus écartés par des aides qui comprimaient les artères labiales. Les deux dents les plus voisines de la tumeur furent arrachées, parce que leurs gencives participaient à la maladie. La tumeur fut enlevée au niveau de l'os, ainsi que tout ce qui parut fongueux. J'appliquai ensuite plusieurs couronnes de trépan sur les deux tiers supérieurs de la surface

maxillaire, dans l'intention d'enlever le bord alvéolaire et les portions voisines qui étaient fort injectées, mais chaque fois je rencontrai une résistance inattendue : après quelques tours de trépan, la couronne ne mordait plus ; elle semblait glisser sur de l'acier et se trouvait bientôt émoussée. Me rappelant alors l'âge du malade, je pensai que cet obstacle inattendu venait des dents de remplacement qui étaient encore ensevelies dans l'épaisseur de l'os. J'achevai donc avec le trépan perforatif ou exfoliatif ce qu'avait commencé la couronne de trépan, et je rencontrai en effet la canine et les deux petites molaires que je mis à découvert dans l'étendue de trois à quatre lignes, sans atteindre le bulbe. Les pointes osseuses et les inégalités de la surface malade furent enlevées à l'aide de la gouge et du maillet. J'excisai avec des ciseaux courbes les portions de membrane muqueuse qui étaient très-injectées et comme variqueuses, et je finis par promener un cautère rougi à blanc sur les portions d'os ou de gencives qui me parurent suspectes.

Les deux lambeaux supérieurs de la lèvre furent réunis l'un à l'autre par trois aiguilles et une suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre ; deux points de suture ordinaire suffirent pour les fixer aux lambeaux inférieurs. Des bandelettes agglutinatives et le chevestre double ont assuré l'immobilité des parties.

Le 30, la réunion était complète. Quelques jours après on ne voyait déjà plus de traces des incisions. Le 10, on fit l'extraction d'une lame osseuse courbée en demi-cercle, longue d'un pouce et demi, large de trois lignes, et épaisse d'un quart de ligne. Deux jours après l'issue de ce séquestre, dû probablement à l'action du cautère, la bouche ne présenta plus aucune mauvaise odeur, et la cicatrisation ne tarda pas à s'achever à l'intérieur.

Le malade resta encore un mois à l'hôpital pour être observé, et rien ne reparut. Les dents naissantes qui avaient été laissées dans l'épaisseur de l'os continuèrent à pousser,

et l'on voyait sur la canine l'empreinte de la couronne de trépan. La face était parfaitement régulière, et la mastication s'opérait sans la moindre gêne.

D'après les résultats qui ont été obtenus, il est facile de juger de quelle importance il a été de conserver le bord inférieur de l'os maxillaire. Je crois que ce procédé pourrait être employé avec avantage contre les affections cancéreuses encore bornées aux gencives ou aux alvéoles. L'enlèvement d'une portion plus ou moins étendue de l'arc osseux de la mâchoire inférieure est sans doute une importante innovation de la chirurgie moderne ; mais l'ablation d'un segment de l'os à l'aide du trépan, en conservant la plus mince portion du bord inférieur, permettrait, dans bien des cas, d'arriver au même résultat avec moins de danger et presque sans difformité.

Je dois faire remarquer ici la promptitude avec laquelle s'est opérée la réunion des deux lambeaux de la lèvre inférieure, quoique l'incision eût porté sur des parties qui avaient déjà éprouvé un commencement de transformation en tissu érectile, par extension de la maladie des gencives. Cette circonstance n'a pas été sans influence sur le procédé opératoire que j'ai mis en usage dans le cas suivant.

Obs. II.e — *Tumeur érectile occupant la lèvre supérieure et l'ouverture des fosses nasales. Incisions pratiquées dans l'intérieur du tissu malade; réunion immédiate à l'aide de la suture entortillée; transformation des parties opérées en tissu fibro-cartilagineux.* — Georges Fischer, enfant de troupe, appartenant au 47.e de ligne, issu de parens éminemment sanguins, avait, en naissant, une tache rouge du volume d'une grosse lentille, sur la partie moyenne de la lèvre supérieure. A mesure qu'il grandit, la tache s'étendit et envahit successivement la cloison des fosses nasales et même l'intérieur des narines.

Le 5 décembre 1832, Fischer entra à l'hôpital Saint-Eloi, âgé de 5 ans et demi. Il avait la peau blanche et fine,

les joues colorées, les cheveux blonds, les yeux vifs et pleins d'expression. Sa lèvre supérieure était rouge, épaisse, saillante, et recouvrait l'inférieure d'environ un pouce. Le gonflement et la rougeur se terminaient insensiblement vers les commissures, et s'étendaient en haut à la cloison des fosses nasales, au pourtour de leur ouverture, et même à la membrane muqueuse. Toutes ces parties étaient souples, élastiques, pâlissaient sous la plus légère pression, et reprenaient aussi promptement leur couleur. La colère, l'excitation, les cris, etc., augmentaient rapidement la turgescence. Du reste, toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement.

Il était inutile de penser à employer la compression ; l'ablation eut laissé une difformité des plus hideuses, et n'aurait pu atteindre l'intérieur des fosses nasales ; la ligature des artères n'a, je crois, jamais réussi. Il était impossible d'ailleurs de les lier toutes. Cependant cet enfant, plein d'intelligence, m'inspirait le plus vif intérêt. Je ne pouvais me décider à le défigurer d'une manière horrible ni à l'abandonner sans rien tenter.

Après avoir long-temps médité sur ce sujet, j'arrivai aux conclusions suivantes : les tissus érectiles accidentels ne sont des altérations morbides que par rapport au siége qu'ils occupent, car ils ressemblent par leur organisation à ceux qu'on rencontre à l'état normal dans l'économie : ils jouissent des mêmes propriétés, ils doivent donc se comporter de même dans des circonstances analogues. D'un autre côté, les lésions des tissus érectiles ordinaires sont susceptibles de guérison au moyen d'une cicatrice ; celle-ci nuit même beaucoup aux fonctions de l'organe : c'est ce qu'on voit bien clairement à la suite des plaies ou des déchirures des corps caverneux ou du tissu spongieux de l'urètre : la verge, pendant l'érection, se courbe du côté qui a été lésé, parce que l'inflammation a laissé dans la partie affectée un tissu plus dur que celui qui existait auparavant ; ou,

en d'autres termes, parce que le tissu érectile a été remplacé par un tissu fibreux.

Pourquoi les tissus érectiles accidentels ne seraient-ils pas susceptibles de s'enflammer, de se réunir aussi, d'éprouver enfin les mêmes changemens ?

Chez le petit Fischer, le tissu érectile de la lèvre était parfaitement souple et élastique; il ressemblait, sous ce rapport, au corps caverneux le plus sain. Je devais donc espérer qu'après l'avoir divisé, j'arrêterais facilement l'hémorrhagie en maintenant les surfaces exactement affrontées; que j'en obtiendrais la réunion comme après l'opération du bec-de-lièvre ordinaire. En cloisonnant ainsi le tissu érectile par plusieurs cicatrices, je devais interrompre la communication entre les vaisseaux, etc.

J'avais l'intime conviction que mes raisonnemens étaient justes, et j'étais encouragé par la facilité avec laquelle j'avais obtenu dans le cas précédent la réunion de la lèvre inférieure déjà malade. Mais lorsqu'il s'agit d'entrer dans une voie nouvelle et d'appliquer des théories qui peuvent donner la mort, il est bien permis d'hésiter. Enfin au bout de vingt jours, je m'aperçus qu'il ne m'était plus possible de tarder à prendre un parti, car la maladie s'était accrue d'un sixième dans ce court espace de temps.

Le 24 décembre, j'excisai de la partie moyenne du fongus un lambeau de huit à dix lignes de largeur à sa base, au moyen de deux coups de ciseaux convergens vers la cloison. Le sang jaillit avec impétuosité par une multitude de vaisseaux, et les lambeaux, s'affaissant aussitôt, reprirent momentanément le volume et presque la couleur ordinaire de la lèvre. Ils furent à l'instant saisis entre les doigts de plusieurs aides, et cette hémorrhagie qui avait été prévue ne dura qu'un instant. Je réunis rapidement ces deux lambeaux par quatre aiguilles implantées loin de la plaie et l'embrassant dans toute son épaisseur. Après l'application de chaque aiguille, un fil ciré rapprocha les

lèvres de la plaie, et tout écoulement de sang s'arrêta dans les surfaces divisées à mesure qu'elles étaient affrontées : de nombreuses circonvolutions couvrirent ensuite l'espace qui séparait les aiguilles.

Les jours suivans, une turgescence violacée et douloureuse s'empara des parties voisines de la plaie ; il survint de la fièvre et de la céphalalgie, mais il ne s'écoula pas une goutte de sang par les parties divisées.

Le 3.e jour, un épistaxis abondant calma l'intensité de l'inflammation, fit cesser la fièvre, et dispensa d'une saignée. (Deux bouillons).

Le 4.e jour, je retirai les deux aiguilles supérieures, et laissai en place les fils qui les entouraient.

Le 5.e jour, j'enlevai les deux autres aiguilles ; un léger suintement mêlé de sang et de pus s'opéra par les trous des piqûres, et continua pendant quelque temps.

Le 8.e jour, le gonflement de la lèvre et du nez diminua sensiblement. Deux onces d'huile de ricin furent administrées pour faire cesser une constipation opiniâtre.

Le 25.e jour, les fils se détachèrent et laissèrent à nu une cicatrice solide, enfoncée, qui retirait de cinq à six lignes le bord libre de la lèvre vers la cloison des fosses nasales.

Ayant obtenu de cette première opération le résultat que j'en attendais, le 19 avril je divisai la lèvre supérieure par une incision qui, partant de l'espace compris entre la cicatrice et la commissure droite, se dirigeait vers l'aile droite du nez. Le sang jaillit avec impétuosité du lambeau externe, et ne fit que suinter en petite quantité par l'autre surface. Cette différence, qui fut remarquée par tous les assistans, ne put être attribuée qu'à l'obstacle apporté à la ciaculation par la cicatrice médiane résultant de la première opération. L'application des aiguilles donna lieu à une autre remarque non moins concluante : elles pénétrèrent avec la plus grande facilité dans le lambeau externe, mais elles

rencontrèrent une grande résistance dans les parties voisines de la cicatrice.

Un instant après, je pratiquai une opération semblable sur la moitié gauche de la lèvre, et elle donna lieu à des phénomènes exactement semblables.

Les résultats de ces deux opérations furent les mêmes que ceux de la première; seulement une suppuration plus abondante et plus prolongée s'est établie sur le trajet parcouru par les aiguilles, et les cris poussés par le malade pendant un pansement ont déterminé une légère déchirure à l'extrémité de l'une des cicatrices; mais le suintement de sang qui en est résulté fut arrêté par la seule application du nitrate d'argent. Peu-à-peu le gonflement inflammatoire se dissipa, les tissus passèrent de la couleur violacée au rouge, au rose, et les cicatrices des incisions, ainsi que celles qui s'organisèrent sur le trajet des aiguilles, prirent la couleur blanchâtre du tissu fibreux : elles diminuèrent aussi d'étendue et entraînèrent dans leur rétraction les parties voisines.

Ces changemens s'opérèrent lentement, mais ils continuèrent encore plusieurs mois après l'opération. La lèvre supérieure reprit presque son volume ordinaire, et cessa de dépasser l'inférieure : toutes les parties sur lesquelles avait porté l'opération furent converties en une espèce de fibro-cartilage.

Cependant la cloison des fosses nasales restait tuméfiée, ainsi que la membrane muqueuse voisine, et cela devait être, puisque ces parties n'avaient pu être comprises dans les opérations précédentes.

D'après l'effet produit par les aiguilles sur les parties qu'elles avaient traversées, j'imaginai d'en passer plusieurs à travers la cloison pour y provoquer une inflammation et par suite le développement d'autant de cicatrices.

L'exécution de cette opération, fort simple d'ailleurs, présenta cependant une circonstance bien remarquable :

les premières aiguilles traversèrent facilement le cartilage des fosses nasales, mais celles que je voulus placer au-dessous furent arrêtées par la cicatrice, et quand je les retirai je trouvai leur pointe courbée comme un hameçon. J'essayai aussi inutilement d'en faire pénétrer d'autres par le côté opposé; elles se tordirent de même. Ainsi la cicatrice médiane, provoquée par la première opération, était plus dure que la cloison des fosses nasales, ce qui justifiait pleinement la théorie qui avait servi de base au traitement.

Quinze jours après l'application de ces aiguilles on sentait dans le trajet qu'elles avaient parcouru un noyau lenticulaire, comme cartilagineux. J'en appliquai d'autres dans l'intervalle; elles produisirent le même changement. Il eut été sans doute plus étendu, si l'inflammation eût été plus intense; mais l'extrême indocilité du malade m'a chaque fois forcé de retirer les aiguilles au bout de deux ou trois jours.

Je crois cet enfant à l'abri de toute récidive dans les parties qui ont pu être atteintes par les moyens opératoires. Si la maladie se propageait dans l'intérieur des fosses nasales, ce ne serait pas la faute du procédé, et si elle repullulait dans quelque point de la lèvre qui eût échappé à l'influence de l'inflammation, il serait facile d'en arrêter les progrès par l'emploi des mêmes moyens.

Je regrette de n'avoir pas fait faire le portrait de cet enfant avant le traitement. Mais on pourrait juger par celui qui a été fait après la guérison, combien les résultats que j'ai obtenus diffèrent de ceux qui auraient suivi l'ablation de la maladie, en supposant que tout eût pu être enlevé.

Ce fait remarquable me confirma dans mes prévisions, puisque j'avais obtenu la réunion immédiate d'incisions pratiquées sur un tissu érectile accidentel, puisque les cicatrices qui en résultèrent formèrent une cloison fibro-cartilagineuse propre à intercepter la communication du réseau vasculaire dont était composé le tissu malade. Mais

en examinant avec attention l'effet des aiguilles que j'avais d'abord employées comme moyen de réunion, je restai convaincu qu'elles avaient contribué à la guérison autant que les incisions, par l'inflammation qu'elles avaient déterminée dans les parties voisines.

Obs. III.e — *Tumeur érectile à la joue gauche, d'environ deux pouces de long sur un pouce et demi de large et cinq lignes de saillie, incisée dans toute son épaisseur et suivant sa longueur : réunion par la suture entortillée, etc. Transformation de tout le tissu érectile en un tissu fibreux, blanc, mince, semblable à la cicatrice d'une brûlure superficielle.* — Amédée (Jean), premier né d'époux jeunes et bien portans, vint au monde très-fort, après un travail pénible et prolongé. On remarque en le nettoyant une tâche rougeâtre vers le milieu de la joue gauche, d'environ trois lignes de diamètre, à peine saillante : elle fut attribuée à la pression d'un des doigts de la sage-femme pendant l'accouchement. Mais au lieu de disparaître, cette tâche s'étendit peu à peu et devint plus rouge et plus saillante ; sa surface prit l'aspect d'une framboise ; elle se gonflait et devenait violacée, dès que l'enfant criait. Son accroissement fut si rapide, que, quand je vis cet enfant, trois mois et demi après sa naissance, la tumeur faisait une saillie de quatre à cinq lignes et avait environ deux pouces dans sa plus grande longueur, sur un pouce et demi de large.

Il me répugnait de soumettre un enfant si jeune à une opération sérieuse. Cependant la rapide extension de ce tissu érectile ne permettait pas d'attendre long-temps, et l'on ne pouvait songer à tenter la compression dans des circonstances si défavorables. Il eût été possible, à la rigueur, d'enlever toute la maladie, mais il était difficile de prévoir jusqu'à quel point cet enfant eût pu supporter une pareille opération, et l'on ne pouvait douter de la difformité qui en serait résultée. Je me déterminai donc à mettre

en usage le procédé que j'avais employé chez Fischer.

Au commencement de juillet 1834, j'incisai la tumeur dans toute son épaisseur et dans le sens de sa plus grande longueur. Je réunis aussitôt les deux lèvres de la plaie par quatre aiguilles soutenues de nombreuses circonvolutions de fils cirés.

Le lendemain et les jours suivans, les portions de la tumeur qui n'étaient pas couvertes par les fils se tuméfièrent considérablement et prirent une couleur violacée de plus en plus foncée; la surface devint tendue et luisante. Le tout offrait un aspect désagréable et même inquiétant pour ceux qui n'avaient encore rien vu de semblable.

Le cinquième jour, je retirai les aiguilles. Il s'écoula quelques gouttes de sang mêlé de pus. Ce suintement continua les jours suivans par les trous des aiguilles, et forma avec les fils une croute dont le volume et la dureté augmentèrent de plus en plus. Au bout d'environ quinze jours, cette croute se détacha et laissa à nu une cicatrice interrompue par les trous des aiguilles, qui continuèrent à suppurer pendant long-temps.

Les petites plaies furent souvent cautérisées avec le nitrate d'argent, et peu à peu l'aspect de cette surface changea de caractère : les parties qui n'avaient pas été incisées ou traversées par les aiguilles s'affaissèrent, prirent une couleur moins foncée, puis rosée. A mesure que la cicatrisation de ces petits foyers de suppuration fit des progrès, les parties voisines s'étendirent et se décolorèrent de plus en plus. Enfin, toutes ces cicatrices se durcirent avec le temps et ne présentèrent plus qu'une surface pâle, unie et luisante, comme celles des cicatrices régulières et minces qui succèdent à une brûlure superficielle de la peau.

Au bout de cinq mois, il ne restait plus de cette tumeur érectile que quelques points rouges, disséminés à la circonférence, trop éloignés du foyer de l'inflammation pour avoir pu en éprouver les effets. Ils continuaient à pâlir et

à s'affaisser, et peut-être auraient-ils fini par disparaître : mais les parens étaient impatiens de voir s'effectuer ces dernières traces de difformité. Je traversai donc ces restes épars du tissu érectile par de très-petites épingles, et l'inflammation causée par leur présence suffit pour déterminer la transformation en tissu fibreux. Maintenant, la cicatrice est partout mince, pâle et tendue comme celle qu'aurait laissée une brûlure superficielle.

Il était impossible d'espérer une guérison plus complète et plus exempte de difformités. Cependant, je dois avouer qu'elle s'est opérée d'une manière un peu différente de celle que je m'étais proposée.

En commençant ce traitement j'avais l'intention de cloisonner la tumeur par des cicatrices propres à interrompre les communications vasculaires multipliées du tissu érectile afin d'en amener l'affaissement ; mais l'application de quatre points de suture très-rapprochés me dispensa de pratiquer de nouvelles incisions et produisit des résultats analogues et même plus avantageux.

En effet, je ne pensais d'abord qu'à séquestrer la tumeur en plusieurs compartimens par des cloisons fibreuses, mais la circulation aurait pu être entretenue avec activité dans chaque cellule par des vaisseaux venant directement du fond ; au lieu que l'inflammation aiguë, provoquée par la présence des aiguilles, s'étendit loin du trajet qu'elles avaient parcouru et amena la transformation de presque tout le tissu érectile en tissu fibreux; et ce qui avait échappé à cette influence, ayant été attaqué de la même manière, subit le même sort.

Obs. IV.e — *Tumeur érectile de trois pouces de long sur deux de large et trois lignes d'épaisseur, vers l'omoplate gauche, traversée successivement par* 120 *épingles. Guérison après deux mois et demi.* — Dolores, de Villa Palma, d'une constitution très-délicate, apporta en naissant une tâche rouge, d'environ un pouce de diamètre, située

vers le milieu de l'omoplate gauche. On remarqua que cette tache s'étendait rapidement en surface et faisait plus de saillie. Au bout de trois mois elle avait environ trois pouces de long sur deux de large et dépassait le niveau de la peau de plus de trois lignes. Sa surface était mamelonnée comme celle d'une framboise et de même couleur. Quand je fus consulté, on avait inutilement essayé de retenir et de comprimer la tumeur entre deux tiges d'acier rembourrées et rapprochées par deux vis de rappel. La compression perpendiculaire aurait empêché la respiration. Il était urgent d'arrêter les rapides progrès d'une maladie qui, en trois mois, avait presque triplé d'étendue : mais l'enfant était chétif et la tumeur si étendue, que je renonçai à l'inciser dans la crainte de donner lieu à une perte de sang trop considérable.

D'après les effets que j'avais observés, dans les cas précédens, de la présence des aiguilles dans l'épaisseur des tissus érectiles, je pensai que je pourrais arriver au même résultat en traversant la tumeur par des épingles assez rapprochées pour déterminer l'inflammation de tout le tissu érectile et par suite son induration. Cependant, la petite malade était non seulement chétive, mais encore très-irritable : elle ne jouissait que d'un sommeil léger et très-agité : son père était tourmenté par des contractions involontaires des muscles de la face, du col et des bras ; il fallait donc être aussi avare de douleurs que de pertes sanguines. Je me décidai, en conséquence, à n'attaquer que successivement les différens points de cette large tumeur en commençant par la circonférence.

Mais ce traitement devait être long, il était indispensable de protéger pendant sa durée la partie malade. Pour remplir cette indication, je fis fabriquer un corset de toile qui embrassait exactement la poitrine et les épaules : une ouverture de quatre pouces fut ménagée vis-à-vis la tumeur : un bourrelet circulaire de la même dimension et d'un pouce

d'épaisseur, s'y adaptant à l'aide de cordons, pouvait être détaché pour chaque opération et préserver ensuite les parties malades de tout contact.

Au commencement de décembre 1834, j'appliquai sur l'extrémité inférieure de la tumeur une douzaine d'épingles fines, et je couvris l'espace qui les séparait par des circonvolutions nombreuses de fil ciré. L'enfant cria peu et s'appaisa promptement. Trois jours après, je fis une application semblable à l'extrémité opposée de la tumeur. J'attaquai successivement de la même manière toute la circonférence de la tumeur, laissant les épingles en place, jusqu'à ce qu'elles aient produit une inflammation suffisante, c'est-à-dire, 7 à 8 jours et même plus.

Au bout de quarante jours, toute la circonférence étant affaissée ou en suppuration, je me proposais d'agir de la même manière sur le centre, lorsque je m'aperçus qu'il était violacé, tuméfié, très-chaud; la santé de l'enfant s'était un peu dérangée; en conséquence, je suspendis tout traitement pendant quelques jours. Mais, à mon grand étonnement, je vis peu à peu les parties qui avaient été cernées par les applications précédentes suppurer ou s'affaisser et se décolorer; en sorte qu'au bout de quinze jours le tissu érectile de cette partie centrale se trouva complètement transformé en une cicatrice plate et unie d'environ deux pouces d'étendue.

Toute opération devint dès lors inutile sur cette partie, mais je dus revenir sur plusieurs points de la circonférence qui avaient échappé aux inflammations déterminées dans le voisinage.

Enfin, après deux mois et demi de traitement, la tumeur était partout affaissée : les 9/10 de son étendue se trouvaient remplacés par une cicatrice unie et luisante qui devenait de jour en jour plus pâle. Les dernières parties traversées par les épingles conservaient seules quelque saillie et de la rougeur, mais elles s'affaissaient et prenaient de

la consistance à mesure qu'un tissu fibreux s'organisait sur le trajet parcouru par les épingles.

Vers le milieu de mars, la famille Villa Palma, voyant qu'il n'y avait plus rien à faire pour la malade, quitta Montpellier. J'aurais voulu pouvoir l'observer plus longtemps, mais d'après ce qui s'est passé dans les cas précédens, je suis convaincu qu'avec le temps, les tissus nouveaux achèveront de se décolorer complètement et prendront de jour en jour plus de consistance.

Ainsi, ce traitement a duré deux mois et demi. Cent vingt épingles au moins ont été appliquées, et cependant il ne s'est pas écoulé en tout une cuillerée de sang; et la petite malade, dont la santé était si délicate, n'a été indisposée que deux ou trois jours et encore fort légèrement.

Il est remarquable aussi que la partie centrale de la tumeur, qui n'avait été traversée par aucune épingle, a participé à l'inflammation des parties voisines et subi la même transformation.

J'ai rapporté dans l'ordre de leur succession les faits qui m'ont conduit à réfléchir sur la nature et le traitement des tissus érectiles accidentels, afin qu'on pût juger par quelles transitions j'étais arrivé à la théorie la plus simple et la plus sûre de la guérison des maladies que constituent ces tissus. Dans le premier fait qui s'est présenté à moi, j'ai remarqué que des tissus déjà envahis par l'extension d'une tumeur fougueuse s'étaient réunis sans la moindre difficulté.

Dans le second cas, l'ablation était impossible; j'ai été conduit à penser que la division d'une tumeur érectile pouvait être suivie d'une réunion immédiate, aussi bien que celle des tissus de même nature qui existent à l'état normal, et que la cicatrice qui en serait le résultat produirait les mêmes effets que dans les corps caverneux et le tissu spongieux de l'urètre.

L'expérience a pleinement confirmé cette théorie; et

dans les opérations pratiquées ensuite au voisinage de la cicatrice, le sang suinta lentement et en petite quantité du lambeau qui tenait à la cicatrice, tandis que de l'autre il jaillit avec impétuosité. Des aiguilles qui avaient traversé le cartilage des aîles du nez ne purent pénétrer dans la cicatrice et se tordirent. J'avais donc obtenu le résultat que je m'étais proposé, puisque j'avais déterminé la formation de cloisons très-dures au milieu du réseau vasculaire dont je voulais empêcher la communication.

Mais, l'examen attentif de ce qui s'était passé me prouva que les aiguilles, employées comme moyen de réunion, avaient contribué pour beaucoup à la guérison par l'inflammation qu'elles avaient provoquée sur leur trajet et par les indurations qui en avaient été la conséquence.

Dans le troisième fait, l'influence des aiguilles sur la transformation du tissu érectile en tissu fibreux a été encore plus évidente.

J'ai été par là conduit à les employer seules dans le dernier cas où l'incision eût dû être très-étendue et aurait compromis la frêle existence de la petite malade. Son extrême sensibilité m'engagea également à ne les appliquer que successivement à diverses parties de la tumeur, et le résultat a été le même. De plus, il est arrivé que la partie centrale, ayant participé à l'inflammation des parties voisines, s'est transformée comme les autres en tissu fibreux, quoiqu'elle n'ait pas été traversée par des aiguilles.

Il résulte de tous ces faits, que l'inflammation aiguë des tissus érectiles accidentels, par quelque cause qu'elle soit provoquée, suffit pour en amener la guérison.

Dans mes *Recherches sur les maladies du cerveau*, j'ai montré que l'induration était le dernier terme des altérations produites par l'inflammation, comme le ramollissement en est le premier degré. J'ai fait voir également que les produits morbides partageaient les propriétés des tissus qui leur ressemblent à l'état normal, et étaient suscepti-

bles d'éprouver les mêmes modifications sous l'influence des mêmes causes ; qu'un cartilage accidentel, par exemple, pouvait s'enflammer comme un cartilage ordinaire et se pénétrer comme lui de sels calcaires.

Ce n'est pas ici le lieu de revenir sur ces idées nouvelles et fécondes en applications ; mais je ne puis m'empêcher de faire observer que ce sont ces idées qui m'ont conduit aux résultats que je viens de faire connaître, et qui confirment si bien à leur tour la théorie.

En effet, c'est parce que je savais que les tissus morbides se comportent comme leurs analogues à l'état de santé, que j'ai pensé à provoquer dans les tumeurs érectiles des transformations semblables à celles que j'avais observées dans les corps caverneux : c'est parce que j'avais réfléchi aux effets consécutifs de l'inflammation sur tous les organes, que je crus pouvoir m'en servir pour provoquer des indurations morbides dans les tissus éminemment vasculaires dont je voulais entraver la circulation ; et le résultat a dépassé mon attente, puisque j'ai obtenu par ce moyen la transformation *complète* de ces tissus érectiles en tissus *fibreux* et même *fibro-cartilagineux*.

Je ne chercherai pas à expliquer comment ce réseau vasculaire s'étend successivement, et quelquefois avec une grande rapidité, du point primitivement affecté aux parties voisines : mais il est évident, d'après tout ce qui précède, que la congestion inflammatoire a pour premier effet de déposer entre les mailles de ce réseau vasculaire des fluides gélatino-albumineux ; que l'absorption soustrayant l'eau qui maintenait ces matériaux à l'état liquide, les épaissit, les condense de plus en plus en plus, en forme un tissu nouveau plus dur, et par conséquent moins perméable que celui qui existait.

C'est ce qui explique le gonflement livide, le ramollissement, la suppuration, qui se manifestent dans la première

période du traitement, et les résultats inespérés qu'on voit successivement se développer dans la seconde.

L'absorption continuant d'agir sur ces matériaux pendant un temps fort long, mais avec une énergie toujours décroissante à mesure qu'ils sont moins aqueux, ce n'est qu'au bout d'un temps fort long qu'on peut bien apprécier tout ce qu'on a obtenu; et plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus les parties prennent un aspect favorable.

On a beaucoup employé la compression contre les tumeurs érectiles, mais elle a besoin, pour réussir, de la réunion de bien des circonstances qu'il est cependant rare de rencontrer en même temps, et je doute qu'elle mérite la confiance qu'on lui accorde. Mais dans les cas où elle a guéri, ce n'est certainement pas, comme on l'a pensé, en affaissant le tissu malade, en diminuant le calibre des vaisseaux d'une manière purement mécanique : le réseau vasculaire aurait bientôt repris ses premières dimensions, s'il n'était survenu un changement plus important dans la nature même du tissu comprimé. Je suis convaincu que, dans tous ces cas, la guérison doit être attribuée à une inflammation provoquée par la compression. Il a dû alors se passer quelque chose de semblable à ce qui est arrivé chez notre dernier malade, où le centre de la tumeur, après avoir participé à l'inflammation des parties voisines, s'est transformé comme elles en tissu fibreux, quoiqu'il n'ait pas été traversé par les aiguilles.

Lorsque la compression est impossible ou inutile, faut-il renoncer à tout espoir de guérison, parce qu'on ne peut enlever la totalité de la maladie ou tenter cette ablation sans danger? Les observations que j'ai rapportées prouvent le contraire, et j'espère qu'elles enhardiront les praticiens à suivre cette voie nouvelle.

Quand l'ablation de la tumeur n'offre aucun danger, mais doit laisser une difformité désagréable, faut-il avoir

recours à ce moyen si la maladie fait des progrès ? Non, parce que la guérison peut être obtenue par des moyens plus doux et sans difformité, comme le prouve la troisième observation.

Quand une tumeur érectile reste stationnaire, faut-il s'abstenir d'y toucher dans l'espoir qu'elle ne fera pas de progrès ? Non, parce qu'elle peut s'accroître assez lentement pour qu'on ne s'en aperçoive pas, ou assez rapidement pour que sa guérison devienne plus difficile, et surtout parce que le traitement ne peut être accompagné de danger ni même de vives douleurs.

Mais quel procédé doit-on préférer ?

Si j'en juge d'après les faits que j'ai rapportés, ce choix doit dépendre en partie du siége, de l'étendue de la maladie.

Dans la première observation, la tumeur naissant du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, il n'y avait rien de mieux à faire que d'enlever un segment de l'os, en laissant intact son bord inférieur qui était sain, afin de conserver la régularité de la face et les importantes fonctions de la mâchoire. Si j'étais à recommencer, je ne changerais rien au procédé que j'ai employé.

Dans la seconde observation, la lèvre était excessivement exubérante, et je crois qu'il a été inutile d'en enlever un lambeau triangulaire pour diminuer d'autant l'étendue de la maladie. Les incisions pratiquées ensuite sur les parties latérales et la présence des aiguilles au milieu des lambeaux ont amené la transformation des parties en un tissu fibro-cartilagineux ; et je pense que, quand la maladie est très-étendue et occupe des parties mobiles et saillantes comme les lèvres, les procédés que j'ai employés sont encore ceux qui doivent produire les résultats les plus prompts et les plus sûrs.

Mais si j'avais aujourd'hui à traiter une maladie semblable à celle qui fait le sujet de la troisième observation, je

n'emploierais plus le même procédé, quoiqu'il m'ait complètement réussi. Je crois que, quand le tissu érectile n'est pas libre et flottant, il n'y a aucun avantage à avoir recours à l'excision ou à l'incision, et qu'il est facile d'obtenir la guérison en provoquant dans son épaisseur une inflammation aiguë.

Les cas de cette nature étant beaucoup plus communs que les autres, j'insisterai sur le procédé qui me paraît devoir être le plus généralement employé.

Le moyen le plus sûr de provoquer l'inflammation des parties malades est sans contredit *l'acupuncture*. Voici le résultat de mes observations à cet égard.

J'ai d'abord employé des aiguilles à coudre très-fines, dans l'intention de les faire pénétrer plus facilement; mais on ne peut ni les couper ni les courber, et c'est un grand inconvénient, parce qu'elles doivent rester long-temps en place. Les tissus érectiles sont si mous, qu'il m'a été facile de remplacer les aiguilles par des épingles très-longues et très-déliées, telles que celles qu'on emploie pour piquer les petits insectes : elles ont pénétré dans tous les sens sans la moindre difficulté, et j'ai pu aisément les couper avec des ciseaux ordinaires, ou courber leurs extrémités avec des pinces : rien n'est plus commode à manier, et, sous tous les rapports, elles méritent la préférence. Seulement il ne faut pas employer les plus déliées qu'on trouve dans le commerce, parce que leur présence ne détermine pas une inflammation assez étendue : elles restent souvent huit à dix jours sans provoquer de suppuration. Il faut trop les rapprocher ou répéter trop souvent leur application dans les mêmes parties. Des épingles de moyenne grosseur pénètrent aussi bien, et sont toujours faciles à couper ou à tordre.

Dans le principe, je passais des fils cirés autour de ces épingles pour comprimer les parties, augmenter l'inflammation et prévenir tout écoulement de sang : mais je me suis assuré que cette précaution était inutile, parce qu'elle

n'ajoute rien à l'effet des aiguilles, et que les craintes d'hémorrhagie dont j'étais préoccupé, d'après les auteurs, sont tout-à-fait chimériques. Dans le premier moment le corps étranger remplit la plaie qu'il vient de faire, et bientôt l'inflammation change la nature des surfaces divisées, et rend toute hémorrhagie impossible.

Il faut donc renoncer aux fils cirés dont l'application alonge inutilement la durée de l'opération : seulement après l'application de la première épingle, il est bon de la soulever avec un fil pour pouvoir passer plus profondément la seconde, et ainsi de suite, afin que le tissu érectile soit embrassé dans toute son épaisseur.

Après la chute d'une première série d'épingles appliquées aussi parallèlement et aussi rapprochées que possible, il est bon d'en introduire d'autres dans une direction perpendiculaire avant que l'inflammation soit dissipée, à moins qu'on ait lieu d'espérer qu'elle sera suffisante pour amener la guérison.

Il ne faut pas s'inquiéter de l'aspect violacé et même noirâtre que prennent d'abord les parties tuméfiées : c'est au contraire le signe le plus certain que l'inflammation a le degré d'intensité nécessaire pour amener la guérison. Il faut encore moins s'alarmer de l'aspect désagréable que présentent les parties qui suppurent. Leur surface n'a pas d'abord la couleur rosée des bourgeons charnus ordinaires ; la suppuration est sanieuse, sanguinolente; mais ce travail est nécessaire, il est le prélude de la transformation qui va s'opérer.

Les fréquentes applications du nitrate d'argent sur ces plaies sont utiles pour soutenir l'inflammation et pour rendre la cicatrice plus régulière : peut-être même employerait-on avec plus d'avantage encore le nitrate de mercure dans les cas où l'inflammation languit.

Enfin, il faut constamment se rappeler que l'inflammation est l'agent essentiel de la transformation qu'il s'agit

d'opérer ; qu'elle amène toujours ce résultat, si elle est assez intense, quel que soit d'ailleurs le moyen qu'on emploie pour la provoquer ou pour l'entretenir au degré convenable.

C'est pourquoi je suis persuadé qu'on réussirait aussi en employant le cautère incandescent ou la potasse caustique ; mais probablement on obtiendrait des cicatrices moins égales, moins régulières ; et quand la maladie a son siége à la face, c'est une circonstance à prendre en considération, sans compter que ces moyens doivent inspirer plus de répugnance que les épingles, et qu'on ne peut pas en graduer aussi bien les effets.

FIN.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.